



**ALLOCATIONS**

Percevez-vous :

Pension de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère Départementale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide Ménagère d'un Régime de Retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Majoration pour Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne (PCRTPT)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**9.** Indiquez si vous bénéficiez déjà d'une ou de plusieurs des prestations listées.

**REVENUS ET PATRIMOINE DU DEMANDEUR ET DU CONJOINT/CONCUBIN/PERSONNE AVEC LAQUELLE IL A CONCLU UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE**

RESSOURCES ANNUELLES

Ressources annuelles	Du demandeur	Du conjoint/concubin/personne avec laquelle il a conclu un PACS
Pensions de retraite y compris retraites complémentaires (sauf ASPA)	<b>10</b>	
Salaires ou bénéfices déclarés		
Revenus soumis au prélèvement libératoire		
Capitaux mobiliers et capitaux non placés (dont assurances-vie)		
TOTAL ANNUEL		

**10.** Saisissez le montant de vos ressources annuelles et de celles de votre conjoint, concubin ou partenaire pacsé. Ces informations figurent sur vos derniers avis d'imposition et sur les relevés annuels relatifs à vos assurances-vie.

**BIEN IMMOBILIERS**

Concernant votre résidence principale, êtes-vous ?  
 Propriétaire  Locataire  Occupant à titre gratuit

Propriétés bâties	Adresse	Compléments (Bât. N° appart., Esc. etc...)	Code Postal	Ville	Valeur locative (voir taxe foncière)
Résidence principale					
Résidence(s) secondaire(s)					
Propriétés non bâties					

**11.** Indiquez si vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit de votre résidence principale.

**12.** Saisissez les informations demandées sur les biens immobiliers (maisons, appartements, terrains...) que vous possédez. Si vous ne possédez aucun bien immobilier, passez à la partie suivante.

**DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)**

Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ou « priorité » ?  Oui  Non

Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ?  Oui  Non

La Carte Mobilité Inclusion vous est accordée au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier grâce à cette demande, à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ». Dans tous les autres cas, vos demandes seront évaluées par l'évaluateur médico-social.

**13.** Indiquez si vous souhaitez bénéficier d'une CMI avec la mention « invalidité » ou « priorité », et/ou avec la mention « stationnement ». Seuls les bénéficiaires de l'ADPA en GIR 1 ou 2 peuvent bénéficier automatiquement et à titre définitif de la CMI « invalidité » et « stationnement ». Dans tous les autres cas, la demande sera évaluée par une équipe médico-sociale.

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e),  M.  Mme  Mlle, agissant :  
 en mon nom propre  
 en ma qualité de représentant légal de  M.  Mme  Mlle.

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de documents, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi, ainsi que, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

Fait le ..... à ..... Signature

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 :  
 Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuelles.  
 Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 93006 Bobigny Cedex.

**14.** Complétez et signez (ou faites compléter et signer par votre représentant légal) la déclaration sur l'honneur de l'exactitude des renseignements saisis. Attention : le représentant légal est le mandataire judiciaire chargé d'assurer la mesure de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice ou le proche désigné dans le cadre de l'habilitation familiale. Le lien de parenté n'est pas suffisant.

**PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER**

- Justificatif d'identité et de nationalité :
  - photocopie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de l'Union Européenne
  - ou un extrait d'acte de naissance
  - ou photocopie du livret de famille
  - ou photocopie du titre de séjour ou de la carte de résidence en cours de validité

- Photocopie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu.

- Toute pièce justificative des biens ou capitaux du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties si vous, votre conjoint, votre concubin, ou la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité êtes propriétaires de biens immobiliers ; relevé annuel d'assurance vie etc.)

- Relevé d'Identité Bancaire ou Poste au nom du demandeur

**15.** Joignez toutes les pièces justificatives demandées, en fonction de votre situation.

**PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE AU DOSSIER**

Pour les personnes accueillies en établissement :

- L'arrêté de tarification à demander à la Direction de l'établissement
- Le bulletin de présence mentionnant la date d'entrée
- Le bulletin GIR établi par le médecin coordinateur

Pour les personnes hébergées chez un proche :

- Un certificat d'hébergement
- La photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeant

Pour les demandeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique :

- Photocopie du jugement concernant la mesure de protection (curatelle/tutelle)

**Tout dossier incomplet et non signé ne pourra pas être instruit.**

Le dossier doit être envoyé à l'adresse suivante :

**Conseil départemental de la Seine Saint-Denis  
 DPAPH - Service Population Agée  
 Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie  
 93006 BOBIGNY CEDEX**

**Suites données à la demande :** Vous recevrez un accusé de réception dans les 10 jours après réception de la demande par le Département, indiquant si votre dossier est complet ou s'il comporte des pièces manquantes. La date de réception par le Département du dossier complet ou des pièces justificatives manquantes constitue la date légale de dépôt du dossier. Cette date fait courir le délai de deux mois au terme duquel une décision doit être notifiée par le Département.